

Universität Zürich, Zürich

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Direktorin: Nikola Biller-Andorno, Prof. Dr. med. et Dr. phil.

Betreuung der Masterarbeit: Iris Ritzmann, Prof. Dr. med. et lic. phil.

Leitung der Masterarbeit: Iris Ritzmann, Prof. Dr. med. et lic. phil.

Auswirkungen europäischer Psychiatriereformen in den
Nachkriegsjahrzehnten auf die psychiatrische Alltagsarbeit in der Schweiz

am Beispiel der Erfahrungen von Frau Dr. med. Anna Kilchenmann

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Medicine (M Med)

der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von

Raphael Kaufmann (11-719-572)

2017

Herzlichen Dank an:

- Frau Prof. Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann für die sehr persönliche Betreuung und motivierende Art.

- Frau Dr. med. Anna Kilchenmann für die Bereitschaft, einen Teil ihres Lebens in das Zentrum dieser Arbeit zu stellen.



Ospedale Psichiatrico Ospizio; Bild: Felix Schönberg/ www.fotofactum.ch

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	5
2. Einleitung	6
a. Fragestellung	6
b. Definition der „antipsychiatrischen Bewegung“	6
c. Antipsychiatrische Reformbewegung in Deutschland	7
d. Antipsychiatrische Reformbewegung in Italien	8
e. Antipsychiatrische Reformbewegung in der Schweiz	8
3. Material und Methoden	10
a. Dr. med. Anna Kilchenmann als Expertin und Zeitzeugin.....	10
b. Interviewform	11
c. Ethikverweis	12
4. Resultate	13
a. Studium 1969-1977	13
b. Assistenzärztin 1978-1987	19
c. Eigene Praxis 1988-2010	25
5. Diskussion	28
a. Anna Kilchenmann als Person eines Zeitgeistes; Einordnung in eine Epoche	28
b. Anna Kilchenmanns Wahrnehmung der Kritik am psychiatrischen Fach	29
c. Anna Kilchenmanns Wahrnehmung der deutschen Psychiatriereformen	30
d. Anna Kilchenmanns Wahrnehmung der italienischen Psychiatriereformen	31
e. Anna Kilchenmanns Wahrnehmung der schweizerischen Psychiatriereformen	31
f. Auswirkungen der Psychiatriekritik auf Anna Kilchenmanns persönliche Karriere ...	33
6. Literaturverzeichnis	34
7. Anhang 1: Lebenslauf von Anna Kilchenmann und Fotografie	35
8. Anhang 2: Vereinbarung mit Anna Kilchenmann.....	37
9. Lebenslauf (Raphael Kaufmann).....	38
10. Erklärung	39

1. Zusammenfassung

Einleitung, Fragestellung:

Die Arbeit geht der Frage nach, wie die Antipsychiatriebewegung der 60er und 70er Jahre des 20. Jahrhundert in der Schweizer Psychiatrie am konkreten Einzelbeispiel der engagierten Psychiaterin Dr. med. Anna Kilchenmann wahrgenommen wurde. Welche Ideen wurden in der Schweiz aufgenommen, inwiefern entwickelte sich in der Schweiz eine eigene psychiatriekritische Bewegung, und bewirkte die Antipsychiatriebewegung Änderungen im beruflichen Umfeld und der eigenen Biografie?

Methoden:

Um an relevante Aussagen zu gelangen, musste zuerst ein Wissen um die zentralen Geschehnisse angeeignet werden. Darauf aufbauend konnten gezielt Fragen entwickelt werden, die Einzug in die Aufstellung eines Themenzentrierten offenen Interviews fanden.

Resultate:

Die Auswertung der relevanten Passagen vermittelt das Bild einer Psychiaterin, die von dem sozialen und gesellschaftlichen Umdenken zu ihrer Studienzeit geprägt wurde. Sie hat die grossen antipsychiatrischen Reformbewegungen in Deutschland und Italien aktiv mitverfolgt und beobachtet. Als Teil eines professionellen Milieus konnte sie keine aus dem Bürgertum formulierte Kritik am psychiatrischen Fach in der Schweiz ausmachen. Die Zustände in der Schweiz standen zwar ebenfalls in einem in den Nachkriegsjahrzehnten initiierten Wandel. Dieser fand aber fernab der öffentlichen Diskussion statt. Viele Forderungen und Ideen der antipsychiatrischen Reformatoren hat Frau Kilchenmann dennoch bewusst oder auch unbewusst in ihren Arbeitsalltag implementiert.

2. Einleitung

a. Fragestellung

Während des Medizinstudiums hört man in Psychiatricvorlesungen immer wieder von den Antipsychiatern, oftmals fehlt aber der Bezug zu der Schweizer Psychiatrie. Was waren die Ideen, Gedanken und Vorstellungen von Schweizer Psychiatern zu jener Zeit?

Meine Arbeit untersucht den Einfluss der europäischen, vor allem der deutschen und italienischen psychiatrischen Reformbewegungen der 70er- und 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts auf den psychiatrischen Arbeitsalltag in der Schweiz. Wie wurde das Geschehen im Ausland hierzulande diskutiert, was wurde in der Schweiz aufgenommen, was verworfen? Als Zeitzeugin fungiert Frau Dr. med. Anna (Änni) Kilchenmann, Staatsexamensabgängerin im Jahr 1977 und erste niedergelassene Psychiaterin im Emmental.

b. Definition der „antipsychiatrischen Bewegung“

Das was man heute unter antipsychiatrischer Bewegung versteht, entstand aus gesellschaftskritischen Strömungen im Rahmen der Studentenunruhen der 60er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts. Die Argumente waren vielmehr politischer und gesellschaftlicher als psychiatrischer Natur. Die Kritik am Kapitalismus und den damit verbundenen Gesellschaftsverhältnissen beflügelten die von den Antipsychiatern ins Gespräch gebrachte Kritik am psychiatrischen Krankheitsbild. Sie stellten nicht nur die Zustände in den Heil- und Pflegeanstalten in Frage, sondern lehnten die medizinischen und biologischen Konzepte der Psychiatrie ganz ab. Die Überzeugung gipfelte dahingehend, dass die Psychose nicht als die Krankheit einer Person betrachtet wurde, sondern als ein natürlicher Prozess von Fehlentwicklungen innerhalb einer sozialen Gruppierung. Diese Idee einer krankmachenden Gesellschaft, postuliert durch Antipsychiater wie David G. Cooper, Ronald D. Laing und Thomas Szasz, entsprach dem Zeitgeist.¹ Zusätzlich wurde schon seit den 1920er- Jahren ausführlich darüber diskutiert, ob Freuds Psychoanalyse mit dem Marxismus kompatibel sei. Stein des Anstosses für Marxisten an Freuds Psychoanalyse war unter anderem dessen viele Schriften prägenden Kulturpessimismus.² Im Folgenden soll vor allem auf die antipsychiatrischen Strömungen und Reformbewegungen in Italien und Deutschland eingegangen werden. Dies aus dem Grund, da das Geschehen in diesen Ländern als Nachbarn der Schweiz in der hiesigen Öffentlichkeit am ehesten diskutiert wurde und der italienische Reformgedanke zu einem der weltweit radikalsten zählt. Zum anderen drängt sich die Thematik auf,

¹ Schott, Tölle, 2006, S. 206-212.

² Burian, 1985.

weil im Zentrum der Arbeit eine Psychiaterin steht, die während ihres Wahlstudienjahrs einen Einblick in eine durch Horst-Eberhard Richter geprägte deutsche Anstalt gewann.

c. Antipsychiatrische Reformbewegung in Deutschland

Im Vergleich zu anderen Ländern setzten psychiatrische Reformbewegungen in Deutschland relativ spät ein, da Missstände in den Anstalten oft als Kriegsfolgen entschuldigt wurden. Die deutsche Psychiatrie hatte in den Nachkriegsjahrzehnten mit einem schweren Erbe zu kämpfen, den systematischen NS- Verbrechen an psychisch kranken Menschen.³ Bezüglich der Psychiatriegeschichte sind die Ereignisse in der Bundesrepublik Deutschland klar von jenen in der DDR zu unterscheiden. In der DDR herrschten zwar im Vergleich zu Westdeutschland tiefere Lebensstandards, die Bevölkerung war aber offener und toleranter gegenüber psychisch kranken Menschen. Der Startschuss der Reformbewegungen in der DDR ist mit den Rodewischer Thesen um 1963 gefallen. Das war relativ früh.⁴ Die Forderungen waren rückblickend sehr fortschrittlich. Gefordert wurde eine aktivere therapeutische Einstellung, die nicht nur auf die Internierung der Patienten abzielte. Enthalten waren aber auch Pläne für die an die Therapie anschliessende Nachsorge und eine wirksame Prophylaxe.⁵ In der Bundesrepublik Deutschland dauerte es zwölf Jahre länger, bis nach Abschluss einer breit angelegten Enquete ähnliche Forderungen gestellt wurden. Eindrücklich veranschaulichen die Statistiken von psychiatrisch hospitalisierten Patienten in der Bundesrepublik Deutschland dieses späte Einsetzen von Reformen. Während es 1955 in Westdeutschland noch 90'000 stationäre Betten gab und diese Zahl ihren Höchststand mit 117'000 Betten 1970 erreichte, sank die Zahl kontinuierlich bis 2012 auf 54'000 stationär untergebrachte Patienten.⁶ Dies entspricht einer Halbierung in etwas mehr als vierzig Jahren. 1975 war die bereits erwähnte Enquete über die Lage der Psychiatrie in Westdeutschland abgeschlossen und die Enquete- Kommission unter Leitung des Psychiaters Caspar Kuhlenkampff legte den Schlussbericht mit konkreten Verbesserungsvorschlägen vor. Diese umfangreiche Arbeit war im internationalen Vergleich einmalig und erhob folgende vier Forderungen: „gemeindenähe Organisation, bedarfsgerechte Versorgung, Koordination der Angebote, Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken, und das sowohl in akuten Stadien wie in der Rehabilitation und Behindertenfürsorge“⁷ In den folgenden Jahrzehnten wurden in Deutschland viele Punkte der Enquete erfolgreich umgesetzt. So wurde das stationäre Angebot merklich reduziert, dafür teilstationäre oder ambulante Institutionen in gemeindenähe gegründet oder ausgebaut. Die theoretischen Skizzen für eine moderne Versorgungslandschaft wurden erfolgreich in die

³ Schott, Tölle, 2006, S. 311.

⁴ Schott, Tölle, 2006, S. 304-305.

⁵ Dörner, 2014.

⁶ Brückner, 2015, S.137.

⁷ Schott, Tölle, 2006, S. 313.

Praxis umgesetzt, da an der Enquete über 200 deutsche Psychiater mitgearbeitet haben, die ihr Werk eins zu eins in ihren Institutionen verwirklichen konnten.⁸

d. Antipsychiatrische Reformbewegung in Italien

Die Reformbewegungen in Italien erregten aufgrund ihrer Radikalität internationale Aufmerksamkeit. Am 17. Mai 1978 wurde im italienischen Parlament das „Gesetz 180“ erlassen, welches die Schliessung jeglicher psychiatrischer Anstalten vorsah. Das Engagement des venezianischen Psychiaters und Leiter der psychiatrischen Klinik in Gorizia, Franco Basaglia, führte zu diesem weitreichenden Entscheid. Basaglia war kein Antipsychiater im klassischen Sinne. Seine Überzeugung ist eher als „antiinstitutionell“ zu bezeichnen. Selber sprach er von einem „Feldzug gegen die Institutionen“. Zwar war auch er der Ansicht, Anstalten würden Krankheiten erzeugen, doch war Basaglia ein praktizierender Psychiater, der von seinem Handwerk überzeugt war.⁹ Für ein besseres Verständnis von Basaglias Kritik muss man sich die Zustände in den psychiatrischen Institutionen in den Nachkriegsjahrzehnten vor Auge halten. Freiwillige Patienten gab es damals nicht, die Zwangseinweisung war der Regelfall. Die Patienten waren in riesigen Schlafsälen mit bis zu 200 Matratzen untergebracht und erhielten nach mehr als 30 Tagen Aufenthalt einen Strafregistereintrag. Es wurde von der Unheilbarkeit von Geisteskranken ausgegangen, und man beschränkte sich auf deren Überwachung, Beschäftigung und medikamentöse Ruhigstellung.¹⁰ Die Auswirkungen des „Gesetz 180“ sind auch heute noch sehr gut spürbar. Bis zur Jahrtausendwende wurden sämtliche psychiatrische Anstalten geschlossen, bevor überhaupt neue Behandlungseinrichtungen entstehen konnten. Für akute Patienten wurden an Allgemeinkrankenhäuser spezielle Abteilungen eingerichtet, chronische Kranke bleiben vermehrt auf der Strecke. Die wohlhabende Bevölkerung kann zwar eine Behandlung in den psychiatrischen Privatkliniken in Anspruch nehmen, für ärmere Gesellschaftsschichten bleibt aber meistens nur die ambulante Betreuung zuhause unter Einbindung der Angehörigen, die oftmals mit der Situation überfordert sind.

e. Antipsychiatrische Reformbewegung in der Schweiz

Reformen in der Schweizer Psychiatrielandschaft verliefen weitgehend ohne internationale Aufmerksamkeit. Das hat gesellschaftliche Gründe, liegt aber auch an speziellen Charakteristiken der Schweizer Versorgungslandschaft. Zum einen manifestierten sich die Protestbewegungen um die 68er- Jahre im europäischen Vergleich mit einer gewissen Verspätung, geringerer Intensität und weniger Vehemenz, womit antipsychiatrischen Ideen der Nährboden fehlte. Innenpolitische Konflikte waren in der Schweiz zu

⁸ Schott, Tölle, 2006, S. 312-319.

⁹ Schott, Tölle, 2006, S. 309-311.

¹⁰ Terhoeven, 2010, S. 209- 233.

schwach für die Formierung einer überregionalen Protestbewegung.¹¹ Zum anderen sind die Gründe für ein gemässigt Einleiten von Reformen in der Besonderheit von Schweizer Institutionen und Lehren zu suchen. Der emeritierte Zürcher Professor für Psychiatrie und Psychotherapie Jürg Willi hat in seiner Abschiedsvorlesung am 13. April 1999 die Besonderheiten der Schweizer Psychiatrie herausgeschält, die teilweise erklären, warum Reformen moderat und ohne grosse, öffentliche Aufmerksamkeit in die Wege geleitet wurden.¹² Die Schweizer Psychiatrie ist seit jeher weniger dogmatisch als in den Nachbarländern geführt worden und war eher psychodynamisch orientiert. Sektenähnliche Schulen oder Gurus kamen dank einer liberalen und autonomen Grundhaltung weniger auf. Dies war zum Teil auch institutionell bedingt. Durch die föderalistische Organisation des Gesundheitswesens waren Kliniken mit Unterbringung von grossen Zahlen an Patienten nur in seltenen Fällen möglich. Jeder Kanton ist für die psychiatrische Versorgung seiner Einwohner verantwortlich, was eine flache Organisationsstruktur und eine gemeindenahе Versorgung begünstigt. Die regional organisierten psychiatrischen Kliniken, die in den Universitätsstädten auch als Lehr- und Forschungsanstalten fungierten, verhinderten die Entstehung eines Graben zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie, wie er vor allem in Deutschland zu beobachten war. Auch die komplexe Verbindung zwischen Psychiatrie und Neurologie, wie sie in Deutschland bestand und noch immer besteht, wurde in der Schweiz weniger radikal eingegangen, was möglicherweise ein rein biologisches Verständnis der psychiatrischen Pathologie verhinderte und eine ganzheitliche Betrachtung begünstigte.

Die frühe therapeutische Ausrichtung der Schweizer Psychiatrie zeigt sich daran, dass der Facharztstitel seit 1961 „FMH Psychiatrie und Psychotherapie“ heisst, ein Doppeltitel, der erst vor kurzem in Deutschland eingeführt wurde. Der Anspruch der Schweizer Psychiatrie, Patienten zu therapieren und nicht nur zu verwalten, war also schon vor den grossen europäischen Reformen präsent.

Manfred Bleuler, der Sohn des Gründervaters der Zürcher Psychiatrie Eugen Bleuler, forderte in seiner Abschiedsvorlesung 1969 die anwesenden Kollegen auf, bei den Patienten zu bleiben. Die Schweizer Psychiatrie zeichnete sich schon früh durch eine patientenorientierte, gemeindenahе und therapeutisch ausgerichtete Versorgung aus, was in den Nachbarländern mehrheitlich erst auf gesellschaftlichen Druck erreicht wurde.

¹¹ Frick, Koller, 2014.

¹² Willi, 1999, S. 255-259.

3. Material und Methode

a. Dr. med. Anna Kilchenmann als Expertin und Zeitzeugin

Frau Dr. med. Anna Kilchenmann hat im Jahre 2011 nach ihrer beruflichen Pensionierung zahlreiche Patientenakten aus ihrer Tätigkeit als niedergelassene Psychiaterin in Langnau im Emmental dem Archiv des Medizinhistorischen Instituts der Universität Zürich vermacht. Diesen Schritt tat sie vor allem auf Initiative ihres Lebenspartners, der Historiker ist und ihre Akten als medizinhistorisch relevante Zeitdokumente einstuft. Diesem Vorlass war ein kurz gehaltener, selbst verfasster Lebenslauf beigelegt, der Ende März 2011 verfasst wurde. Ich bin auf der Suche nach einer geeigneten Zeitzeugin der Blütejahre der Antipsychiatrie im heutigen Archiv für Medizingeschichte der Universität Zürich auf Anna Kilchenmann gestossen.

Frau Dr. med. Kilchenmann hatte im Jahre 1969 ihr Medizinstudium an der Universität Bern aufgenommen und erlebte somit hautnah die Studenten- und Jugendunruhen der 68er- Jahre und die damit verbundene Philosophie und Vision mit. Das Staatsexamen legte Frau Kilchenmann 1977 ab und schlug danach nahtlos eine Karriere im psychiatrischen Fachbereich ein. Die Schliessung der psychiatrischen Anstalten in Italien im Jahre 1978 und die nachfolgende Kritik nahm sie als junge Assistenzärztin in der Psychiatrischen Klinik Rosegg in Solothurn auf.

Ich entschied mich für Dr. med. Anna Kilchenmann als Zeitzeugin und Expertin, da sie schon in jungen Jahren einen kritischen Diskurs pflegte und diesen die ganze berufliche Karriere beibehielt. Dies zeigt sich dadurch, dass Frau Kilchenmann ab 1978 Mitglied einer Balintgruppe war, sie wiederholt an den Lindauer Therapiewochen teilnahm, eine berufsbegleitende Ausbildung in Paar- und Familientherapie absolvierte und 1988 die erste niedergelassene Psychiaterin im Emmental wurde. Diese Niederlassung in einer psychiatrisch unterversorgten, ländlichen Region entspricht einem Impuls der Antipsychiatrie, das Aufkommen der Sozial- und Gemeindepsychiatrie mit dezentralen Versorgungsplänen und gemeindenahen psychiatrischen Institutionen zu fördern.

Frau Kilchenmann lässt sich anhand ihres Werdegangs, der aus persönlichen Überzeugungen und Ideen resultierte, als Sozialpsychiaterin¹³ einordnen. Aufgrund dieser Charakterisierung und ihres konkreten Werdegangs eignet sie sich, um an ihrem Beispiel mögliche Einflussfaktoren der Reformbewegungen als Antwort auf die Psychatriekritik der Nachkriegsjahrzehnten auf die Schweizer Psychiatrie zu untersuchen.

¹³ Brückner, 2015, S. 136- 138.

b. Interviewform

Für die Fragestellung dieser Masterarbeit ging ich von Anna Kilchenmanns Lebenslauf aus, der Ende März 2011 niedergeschrieben und im Archiv für Medizingeschichte im Vorlass Kilchenmann enthalten ist. Im August 2015 traf ich Frau Kilchenmann ein erstes Mal um im direkten Kontakt zu entscheiden, ob sie sich als Zeitzeugin eignet und ob sie mit dem Mitwirken in der Masterarbeit zu der bestimmten Thematik einverstanden ist. Im ersten Gespräch zeigte sich, dass sich Frau Dr. med. Kilchenmann oft nicht mehr an präzise Verläufe und Ereignisse erinnern konnte oder diese nur sehr vage wiedergab. Sie konnte sich nur schlecht in den Geist jener Zeit zurück versetzen. Meistens erzählte sie Begebenheiten mit der Färbung eines Gesamteindrucks oder aus der Warte nach einer beendeten Berufslaufbahn. Allerdings waren ihr einzelne Episoden sehr präsent, die sich im Nachhinein als Muster zu einem ganzheitlichen Bild zusammensetzen lassen. Ich sah die Stärke der Expertin im Bruchstückhaften, das zu verschiedenen Etappen einer Karriere vorhanden war und im Kontext die persönliche Konfrontation mit anti-psychiatrischem Gedankengut unterstrich.

Als Erhebungsmethode habe ich mich für die qualitative Vorgehensweise entschieden, da mein Interesse einen biographischen Schwerpunkt hat. Die qualitative Befragung unterscheidet sich von der quantitativen Befragung dadurch, dass die Erhebung teil- oder nicht-standardisiert verläuft, die Antworten offen sind, die Antworten in den Worten der befragten Person wiedergegeben werden können und eine Interaktion zwischen Forscher und befragter Person stattfindet.¹⁴ Innerhalb der qualitativen Forschung gibt es verschiedene mögliche Befragungstechniken bezüglich des Ausmasses der Standardisierung.¹⁵ Unterschieden wird innerhalb der teilstandardisierten Interviews: das Experteninterview, das Leitfadeninterview, das Struktur- Dilemma-Interview, das klinische Interview, das biographische Interview und das fokussierte Interview. Innerhalb der nicht- standardisierten oder der erzählergenerierenden Interviews wird das Themen- oder problemzentrierte offene Interview, das episodische Interview und das narrative Interview unterschieden.

Bei der Erstellung der Masterarbeitsvereinbarung im Mai 2015 ging ich noch von einem Leitfadeninterview als geeignete Methode aus, weil dadurch die Fülle der Thematik in dem einer Masterarbeit entsprechenden Rahmen gehalten werden kann. Nach dem ersten Gespräch mit Frau Kilchenmann musste ich aber feststellen, dass man ihr einen grossen Teil an Erzählerautonomie zugestehen muss, da sie auf konkrete thematische Fragen in den Antworten oftmals sehr vage bleibt, dafür von sich aus Episoden und Zusammenhänge schildert, die nicht einem expliziten Nachfragen resultierten. Ich entschied mich daher für eine weniger strukturierte Befragungsform, das themen- oder

¹⁴ https://www.uni-due.de/imperia/md/content/dokforum/methoden_iii.pdf, Hussy W.

¹⁵ <http://www.peterschallberger.ch/downloads/downloads-2/files/SkriptQualitForschungHS13.pdf>, Schallberger P.

problemzentrierte offene Interview. Bei dieser Interviewform erstellt der Befrager in der Interviewvorbereitung einen Katalog mit möglichen Themen spezifischen Fragen zugeschnitten auf die konkrete Forschungsfragestellung. Der Gesprächsverlauf ist normalerweise wenig direktiv. Ich musste jedoch stärker eingreifen, als ursprünglich geplant, damit Aussagen präzisiert wurden und der Schwerpunkt auf dem Forschungsthema zu liegen kam. Der Vorteil dieser Interviewform war, dass ich als Befrager eine grosse Freiheit hatte, mich dem Gesprächsverlauf anzupassen, und auf die Antworten mit ausführlichen Rückfragen reagieren konnte. Ich musste mich nicht strikt an einen Katalog von vorbereitenden Fragen halten.

Als Interviewort wünschte Frau Kilchenmann ihre Wohnung in Konolfingen. Eventuell wäre es geschickter gewesen, einen neutraleren Ort zu wählen, da dadurch eine gewisse Distanz zum gewohnten Umfeld entstanden wäre, was die objektive und äussere Beobachtungsposition begünstigt hätte. Als Interviewsprache wurde Schweizerdeutsch gewählt, um ein möglichst freies und ungezwungenes Gespräch zu ermöglichen. Es ist die Muttersprache der Interviewten und damit die Sprache, in der sich die Befragte am wohlsten fühlt. Das Schweizerdeutsche hat aber im Vergleich zum Hochdeutschen den Nachteil, dass die Sprache ziemlich unpräzise ist. Dies äusserte sich in der Transkription des mittels Diktiergerät aufgenommenen Interviews. Bei der Wahl der Interviewsprache musste ich somit eine Abwägung zwischen Präzision und Erzählerfluss machen. Da ich bei der ersten Begegnung mit Frau Kilchenmann gemerkt habe, dass sie oftmals gewisse Erzählerimpulse braucht, habe ich mich für das Schweizerdeutsche entschieden.

c. Ethikverweis

Bei der vorliegenden Arbeit handelt sich um eine historische Arbeit, bei der die professionelle Tätigkeit einer einzelnen Person analysiert und kontextualisiert wird. Die Arbeit enthält in keiner Art und Weise Patientendaten. Auf einen Ethikantrag wurde daher verzichtet. Da in der Arbeit nur ein biografischer Einzelfall behandelt wird, wurde lediglich eine Vereinbarung mit der untersuchten Person Frau Dr. med. Anna Kilchenmann erstellt.¹⁶ Das Interviewtranskript wurde Frau Kilchenmann im Sommer 2016 zur Durchsicht vorgelegt, worauf sie keine Änderungswünsche angebracht hat. Das Interview wurde danach mit dem Einverständnis von Frau Kilchenmann ausgewertet.

¹⁶ siehe Anhang 2

4. Resultate

Die Forschungsergebnisse dieser Masterarbeit sind in den Antworten des Interviews enthalten, das am 21. November 2015 mit Frau Kilchenmann während einer Stunde und 43 Minuten in Konolfingen stattfand und aufgezeichnet wurde. Das Tondokument in schweizerdeutscher Sprache wurde im Anschluss in die hochdeutsche Sprache übertragen. Das Interviewtranskript kann in voller Länge im Archiv für Medizingeschichte am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte Zürich eingesehen werden. Im Folgenden werden ausgewählte Interviewausschnitte präsentiert, die in der Analyse im Kapitel 6 Einzug finden und dort kontextualisiert werden. Die Auswahl erfolgte nach dem Kriterium, ob sich die Aussagen direkt oder indirekt auf die europäischen Reformbewegungen beziehen und damit zur Beantwortung der Fragestellung beitragen können.

„F“ steht für meine Frage, „A.K.“ für die Ausführungen von Anna Kilchenmann.

a. Studium 1969-1977

Passage 1: Studienbeginn 1969

Auf die Frage nach der Motivation, das Medizinstudium kurz nach den grossen gesellschaftlichen Umstürzen aufzunehmen, gibt Frau Kilchenmann idealistische Gründe an. Sie wollte vor allem etwas Gutes für die Mitmenschen tun und sich in wohltätigen Institutionen engagieren.

F: Warum haben Sie sich schlussendlich entschieden, 1969 in Bern das Medizinstudium aufzunehmen?

A.K: Wahrscheinlich waren das idealistische Vorstellungen. [...] Ich hatte das Gefühl, ich könne etwas für die Menschheit tun.

[...]

F: Und was waren die idealistischen Vorstellungen, die Sie zu jener Zeit hatten?

A.K.: Da meinte ich, ich könnte in der dritten Welt in sozialen Einrichtungen arbeiten und helfen.

Passage 2: Praktikum in Giessen (DE) 1975

Im Wahlstudienjahr absolvierte Frau Kilchenmann ein Praktikum in der psychiatrischen Universitätsklinik Giessen. Frau Kilchenmann schildert eine sehr fortschrittliche Psychiatrie, bezeichnet aber die Organisation der Institution aus heutiger Sicht auch als naiv. Offenbar waren Abläufe nicht standardisiert und Therapiekonzepte nicht adaptiert an den jeweiligen Patienten.

F: Bei der angesprochenen psychiatrischen Abteilung (Universitätsklinikum Giessen für Psychiatrie und Psychotherapie) handelte es sich um eine Institution, die damals (1975) durch Horst Eberhard Richter geprägt wurde.

A.K.: Ja, das Institut wurde durch Horst Eberhard Richter geführt. Ich war in einer Abteilung, bei der ich bis zum Schluss nicht ganz verstanden habe, für welche Patienten sie gedacht war. Es handelte sich um eine neuere Einrichtung, ein Haus mit stationären Patienten, das von einem Psychoanalytiker geführt wurde. Ich weiss jedoch nicht mehr, wie die Leute überhaupt dorthin gekommen sind. Auf jeden Fall war es ein sehr durchmisches Publikum, sogar Frauen und Männer gemischt in einer Art Wohnhaus.

F: In diesem Sinne war das nicht mehr eine klassische psychiatrische Anstalt?

A.K.: Im weitesten Sinne schon, aber wie alle psychiatrischen Anstalten ist die Anordnung ziemlich dezentral, die Unterbringung der Patienten in verschiedenen Häusern. Ich wurde als Ausländerin ganz klar in einem Haus beschäftigt, wo keine problematischen Patienten untergebracht waren. Das war damals eine Übergangszeit, zu der sehr viel experimentiert wurde in den verschiedenen Abteilungen. Ich bekam davon jedoch nicht viel mit, da ich immer schön brav in meinem zugeteilten Haus blieb.

F: Was waren das für Experimente?

A.K.: Arbeitsplatzschaffungen in offenen Abteilungen. Wahrscheinlich in Richtung Arbeitstherapie. Unser Haus sollte wohl eine psychotherapeutische Einrichtung sein, nehme ich an. Der Chef hatte schliesslich eine psychoanalytische Ausbildung, aber die Organisation war eben schon sehr eigen. Heute wäre das naiv.

F: Inwiefern?

A.K.: Es hat Zweier- oder Dreierzimmer gegeben. Auf der Station waren sehr viele Psychiatriepfleger. Ich konnte oft bei Aufnahmegesprächen dabei sein, aber was nachher an Therapien angeboten wurde, muss ich heute sagen, war rudimentär.

F: Also ist nichts [Therapeutisches] gelaufen?

A.K.: Doch schon, aber nicht zielgerichtet. Es wurden einfach allgemeine Therapieformen angeboten. Jeder Patient war einem Pfleger zugeteilt, und ich hatte auch meine Leute, immerhin, aber dass die Probleme der Patienten wirklich angegangen worden wären, war mir nicht ersichtlich. Dann gab es einmal pro Woche eine Arztvisite, die aus heutiger Sicht total seltsam ablief. Jeder sass da in seinem Zimmer, worauf der Arzt fragte, wie es heute geht und was die persönlichen Probleme seien, im Sinne einer analytischen Frage. Das war oft ziemlich daneben in Anbetracht der doch oft sehr einfachen und ungebildeten Patienten. Anhand dieses kurzen Gesprächs diskutierte man dann, wie erfolgreich der ganze Aufenthalt sei, wie es weitergehe und ob der Patient jetzt nach Hause könne. Wir vom Team wussten genau, was die Probleme waren, ob die nun gelöst wurden oder nicht. Das kann man sich heute so nicht mehr vorstellen.

F: Aber es war doch ein bewusster Entscheid, im Wahlstudienjahr ein Praktikum in der Klinik von Horst Eberhard Richter zu absolvieren. Das war doch nicht einfach ein Zufall.

A.K.: Nein, das schon nicht. Aber ich konnte schlussendlich dort nicht selber bestimmen, wohin ich genau gehe. Was für mich persönlich sehr interessant war, waren die Zusammenkünfte und Diskussionsrunden, einfach mal zu sehen, wie das abläuft und was diskutiert wird.

F: Aber warum sind Sie bewusst zu Horst Eberhard Richter gegangen? Wie haben Sie damals von ihm gehört?

Ich habe damals natürlich schon seine Bücher gelesen. Er war damals ein Inbegriff, vor allem im Kontext der Antipsychiatriebewegung. Er hat viel dazu beigetragen, um dezentrale Institutionen aufzubauen. Der soziale Aspekt der Psychiatrie war für ihn sehr wichtig. Ich habe auch nachher noch alle Bücher von ihm gelesen.

Passage 3: Wahrnehmung der Reformbewegung im Medizinstudium

Frau Kilchenmann hat ihr Medizinstudium im Jahre 1969 aufgenommen, in einer Zeit, als die Psychiatrie bereits erheblicher Kritik aus Kreisen der Protestbewegungen der 68er- Jahre ausgesetzt war. Auf die Frage nach konkreten Veränderungen als Antwort auf jene Kritik, schildert Frau Kilchenmann, dass die reformatorischen Ideen zu grossen Teilen erst nach ihrem Studium umgesetzt wurden. Als Studentin hat sie noch keine Veränderungen des psychiatrischen Faches verspürt.

F: Wie haben Sie den Wandel der Psychiatrie während Ihres Studiums miterlebt?

A.K.: Den habe ich nicht miterlebt. Die ganze Entpsychiatisierung kam erst später. Wenn ich denke: Zu meinen Studienzeiten gab es nur zwei psychiatrische Einrichtungen im Kanton Bern. Zum einen war da Münsingen für das Oberland und [zum andern] die Waldau für den ganzen Rest des Kantons. Die zählten zusammen mehr als 1000 Insassen. Damals konnte man wirklich noch von Insassen sprechen. Zu meinen Studienzeiten hat sich noch nicht viel geändert, das war dann erst in den 70er-Jahren.

F: Zwei Jahre vor Ihrem Studienbeginn wurde die Psychiatrische Klinik Waldau noch als Heil- und Pflegeanstalt betitelt und wurde erst dann in „Psychiatrische Bern“ umbenannt.

A.K.: Ja, ja klar. Das war erst dann, als man diese Umbenennung vornahm.

Passage 4: Weibliches Rollenverständnis im Medizinstudium

1971, zwei Jahre nach Frau Kilchenmanns Beginn des Studiums, wurde das Frauenstimmrecht auf nationaler Ebene eingeführt. Die Einführung des Frauenstimmrechts erfolgte im internationalen Vergleich spät und hinkte weit der tatsächlichen gesellschaftlichen Stellung der Frau hinterher. Auf die Frage nach der Wahrnehmung von Frauen in einem von vor allem Männern geprägten und konzipierten Studiengang, zeigt Frau Kilchenmann auf, dass in weiten Teilen doch noch ein klassisches Rollenverständnis vorherrschte. So war es der Frau vorbehalten, in chirurgischen Fächern oft als Gehilfin herzuhalten. Frau Kilchenmanns Mutter war in der Frauenbewegung engagiert, wodurch sie als Tochter schon früh eine Sensibilität für geschlechterspezifische Konflikte entwickeln konnte.

F: Als Sie mit dem Medizinstudium begonnen haben, kannte die Schweiz noch kein allgemeines Stimm- und Wahlrecht. Wie wurden Sie zu dieser Zeit als Frau im Medizinstudiengang wahrgenommen?

A.K.: Also ich war sicher nicht die einzige Frau, wir waren eine kleine Gruppe. Und unsere männlichen Kollegen verstanden nicht immer, was Frauen in diesem Studiengang zu suchen haben. Sie hatten auch ganz fixe Vorstellungen, warum man als Frau Medizin studiert. Ich habe das zum Teil sehr negativ erlebt. Ich war zu Studienzeiten in einem vierwöchigen Praktikum in der Orthopädie und durfte bei Operationen mit schauen und Hacken halten. Da habe ich ganz klar mitbekommen, dass die Frau als Gehilfin herhalten muss. Dort wollte man nie und nimmer eine Frau als Assistentin einstellen, und sowieso bräuchte ein potentieller Kandidat mindestens eine Offiziersausbildung, ansonsten hätte er gar keine Chance. Einmal, daran kann ich mich sehr gut

erinnern, wurde man in einer Diskussionsrunde in der Psychiatrischen Klinik Münsingen gefragt, in welchen Fachbereich man sich denn nach dem Studium vertiefen möchte. Von mir als Frau wurde mit einer Selbstverständlichkeit erwartet, dass ich Kinderärztin werde oder, wenn es hoch kommt, Kinderpsychiaterin.

F: Hatten Sie somit begrenzte Möglichkeiten als Frau? Waren Sie eingeschränkt in Ihrer Berufswahl?

A.K.: Nein. Die anderen haben mich eingeschränkt. Ich selber hatte aber nicht das Gefühl, ich sei eingeschränkt. Man muss natürlich sagen, dass ich eine sehr kritische und feministische Mutter hatte, wodurch ich vielleicht auch ein bisschen hellhöriger in Bezug auf solche Sachen war.

F: Wie war das Männer-Frauenverhältnis in Ihrem Studiengang?

Das weiss ich nicht mehr so genau. Wahrscheinlich waren es um die 10% Frauen. Für diese Zahl dürfen Sie mich aber nicht behaften.

Passage 5: Universitäres Engagement während des Studiums

Frau Kilchenmann hat sich im Rahmen der während den Studentenunruhen geschaffenen fakultätsinternen Gremien engagiert. Ziel war es die studentische Mitbestimmung und Selbstverwaltung auszubauen. Die Forderungen zeichneten sich durch einen zeit-typischen Kollektivgedanken aus. Der Aktionsradius ihres Engagements blieb auf das universitäre Milieu beschränkt. Gesellschaftsfragen waren weniger im Mittelpunkt des Interessens.

F: Haben Sie die 68er- Bewegung als Studentin mitbekommen?

A.K.: Ja, sehr. Wir waren sehr aktiv. Die Mediziner sind normalerweise etwas verschlafen, wenn es um solche Sachen geht. Aber die eine Kollegin, die war sehr aktiv in der Umgestaltung des Medizinstudiums. Da habe ich auch an Plenarsitzungen teilgenommen, wo man die Schaffung von neuen Unterrichtsformen diskutierte. Wir waren dann auch einer der ersten Jahrgänge, die gruppenweise in Kliniken unterrichtet wurden. Die vierwöchigen Praktika mussten, sollten oder durften wir auch als erste absolvieren. All diese Gruppenübungen oder Kolloquien kamen damals auf. Die Mediziner waren ja schon eh und je etwas isoliert vom restlichen universitären Betrieb. Ich habe mich aber schon auch für das Geschehen in anderen Fakultäten interessiert und machte auch mit.

F: Und was waren da die Forderungen und Ideen zu jener Zeit?

A.K.: Hauptsächlich waren die „Selbstverwaltung“ und „Mitbestimmung“ ein grosses Thema. Mitbestimmung von Zielsetzungen oder eben die Mitgestaltung des Studiums.

F: Also Mitbestimmung im universitären Milieu? Mitbestimmung über Lehrpläne und Studiengänge? Nicht darüber hinaus? Ging es nicht auch um Mitbestimmung in der Gesellschaft?

A.K.: Es ging eher um die Universität. Da gab es natürlich genügend umstrittene Punkte. Man forderte mehr Mitsprache bei Professoren- und Assistentenwahlen. Die ganze Mitsprachekultur wurde neu erfunden.

F: Wurden diese Forderungen auch erfüllt?

A.K.: Zum Teil. Es gab nachher mehr Mitbestimmung von Assistenten in Berufungsverfahren. Das hat sich schon geändert. Ich weiss nicht, wie es heute ist, vielleicht hat sich das über die Jahre auch wieder abgeflacht oder das Interesse hat abgenommen. Aber das war damals ein grosses Thema, vor allem bei den Soziologen, Ethnologen und Historikern. Die Mediziner waren zu brav für solche Aufstände und Forderungen.

Passage 6: Psychiatriekritische Stimmen in der Schweiz

Frau Kilchenmann schildert, dass sie als Studentin die psychiatriekritischen Stimmen der 68-er Jahre nicht mitbekommen habe. Diese habe sie erst als professionelle Akteurin im psychiatrischen Umfeld wahrgenommen. Sie gibt zu Bedenken, dass der Höhepunkt der antipsychiatrischen Bewegung nicht in die Zeit ihres Studiums fällt, sondern rund um das Jahre 1975 liegt. Gemäss Frau Kilchenmann formierte sich in der Schweiz kein vergleichbarer Widerstand gegen psychiatrische Institutionen wie in Deutschland oder Italien, oder falls doch Reformen angedacht wurden, so keimten diese nicht in der Basis, sondern wurden von Fachleuten in die Wege geleitet.

F: Haben Sie auch die psychiatriekritischen Stimmen der 68er-Bewegung mitbekommen?

A.K.: Ja, aber erst im Nachhinein.

F: Also erst als alles vorbei war?

A.K.: Ja, als ich bereits in der Psychiatrie tätig war. Die ganze Antipsychiatriebewegung erreichte ihren Höhepunkt ja auch erst nach den 68-ern, das war wohl erst ab 1976.

Wobei die Enquete in Deutschland war 1975. Das war genau im Gang, als ich mein Praktikum in Deutschland absolvierte. Auch die italienische Antipsychiatriebewegung mit der „Befreiung“ der Menschen aus den Anstalten war zu jener Zeit. Das habe ich mitbekommen, aber die allgemeine Öffentlichkeit weniger.

F: Gab es in der Schweiz keine vergleichbare Bewegung mit ähnlichen Forderungen wie in Deutschland oder Italien?

A.K.: Nein, in der Schweiz kamen die Reformen wohl eher von oben als von unten. Wenn ich denke, in Bern mit Tschumpi. Er war Professor und startete Reformbewegungen von oben herab. Er hat begonnen, die Institutionen zu dezentralisieren und voneinander loszulösen. Er hat eine ganze Planung der psychiatrischen Versorgung für den Kanton Bern gemacht, um schlussendlich in allen Kliniken Kapazitäten abzubauen. Es ist somit wohl eher von oben initiiert worden, als von unten.

b. Assistenzärztin 1978-1987

Passage 7: Einrichtung in der Klinik Rosegg 1978

Frau Kilchenmann hat ihre erste Assistenzärztinnenstelle 1978 in der psychiatrischen Klinik Rosegg, Solothurn, angetreten. Die Zeit von Umgebungsmauern und somit der totalen Isolation von psychisch kranken Menschen hat die junge Assistenzärztin nicht mehr miterlebt. Frau Kilchenmann spricht von einem „Saustall“, wenn sie die Zustände beschreibt, wie chronisch kranke und geistig behinderte Patienten untergebracht wurden und wie diese auf unbestimmte Zeit interniert blieben.

F: Können Sie sich noch erinnern, wie die Rosegg ausgesehen hat, als Sie dort Ihre Stelle angetreten haben? Hatte es damals noch Umgebungsmauern?

A.K.: Nein, Umgebungsmauern hatte es keine mehr. Vor zirka zwanzig Jahren bin ich wieder mal in der Rosegg gewesen, und ich habe diese Institution fast nicht wieder erkannt. Mittlerweile wurde ein grosser Neubau errichtet. Der Altbau zu meiner Zeit wurde Ende 19., anfangs 20. Jahrhundert gebaut. Die Gebäude waren einfach sehr, sehr unterschiedlich. Dort wo wir unsere Büros hatten, war das Modernste aller Gebäude, etwa aus der 60er- Jahren. Der Haupttrakt mit den akuten und halbakuten Patienten war auch noch relativ modern, die Häuser für die chronischen Patienten und die Alterspsychiatrie stammten aus den 30er Jahren. Und dann gab es noch ganz alte Gebäude, dort war es wirklich einfach ein Saustall. Die wurden in der Zwischenzeit abgerissen.

F: Inwiefern war es dort ein Saustall?

A.K.: Die Gebäude stammten aus dem 19. Jahrhundert und wurden nie saniert, da man sich erhoffte, man könne sie bei Gelegenheit abreißen. Es war grässlich da. Zum Teil gab es riesige Schlafsäle, es war einfach alles ziemlich alt. Die Patienten, die man da einquartierte, waren oft geistig behindert. Zum Teil hatte es auch noch chronisch schizophrene Patienten, aber die Mehrheit war geistig behindert.

F: Waren diese Patienten dann für unbefristete Zeit in der psychiatrischen Klinik?

A.K.: Klar.

Passage 8: Therapie in der Klinik Rosegg 1978-1980

Frau Kilchenmann schildert die therapeutischen Ansätze und Möglichkeiten in der psychiatrischen Klinik Rosegg zur Zeit ihrer ersten Assistenzarztstelle. Gemäss Frau Kilchenmanns Aussagen war die Rosegg zu jener Zeit sehr modern ausgestattet zum Beispiel mit der Möglichkeit, neurologische Abklärungen durchzuführen. Auch Arbeits- und Ergotherapie waren fest im Therapieplan verankert. Eindrücklich schildert Frau Kilchenmann die Auseinandersetzungen zwischen Pflägern, erfahrenen Ärzten und jungen Kollegen, wenn es um den Einsatz von neu auf gekommenen Medikamenten ging. Pfleger waren eher für eine grosszügige Medikation, damit die Patienten möglichst ruhig und angepasst sind.

F: Gab es (zu ihrer Assistenzarztzeit in der Rosegg, 1978-1980) bereits Therapieangebote wie zum Beispiel Ergotherapie?

A.K. Ja, das hat es schon gegeben. Ergotherapie und Arbeitstherapie wurden angeboten. Arbeitstherapien waren schon seit längerer Zeit bekannt, Ergotherapie war eher neuartig. Wir hatten auch noch eine neurologische Abteilung mit einem griechischen Neurologen. Dort wurden EEGs und andere Abklärungen durchgeführt.

F: Das tönt nach einer ziemlich fortschrittlichen Psychiatrie für jene Zeit.

A.K.: Ich denke auch. Was jeder einzelne mit seinen Patienten therapeutisch unternahm, war einfach sehr unterschiedlich. Es gab auch immer wieder Auseinandersetzung über Medikamente. Das war natürlich eine Zeit, die 60er und auch 70er Jahre, in der man mit den neuen antipsychotischen Mitteln um sich geschlagen hat. Da wurde viel diskutiert, weil vor allem wir Jungen eher zurückhaltend waren, da man bald sah, dass die Wirkung der Medikamente nicht allzu gross war. Trotzdem waren die Medi-

kamente sehr beliebt. Auf Abteilungen mit chronischen Patienten wurde sehr grosszügig mit Arzneimittel behandelt. Und da gab es schon öfters Auseinandersetzungen.

F: Auseinandersetzungen zwischen wem?

A.K.: Zwischen uns Assistenten und den Oberärzten, und natürlich auch mit den Pflegern. Weil die Pfleger möglichst ruhige Patienten und daher viele Medikamente verschreiben wollten.

F: Gingen die jungen Mitarbeiter in dem Fall eher auf die Barrikaden?

A.K.: Ja sicher. Es gab zu dieser Zeit wie gesagt wieder mehr jungen Nachwuchs. Das galt auch für die Pfleger. Auch für die Psychiatriepflege interessierten sich wieder mehr junge Leute.

F: Durch den kritischen Umgang mit dem Fach?

A.K.: Ja, ich glaube schon. Je nach dem hatten wir in diesen Auseinandersetzungen unsere Verbündeten. Unser Chef sagte immer wieder, wir Assistenten sollen uns nicht derart aufbauschen, wir hätten sowieso keine Ahnung und keine Erfahrung. Die Pfleger hätten mehr Erfahrung, und wir müssten diesen gehorchen. Das produzierte natürlich reichlich Zündstoff.

F: War die Mitbestimmung in dem Fall nicht so ausgebaut?

A.K.: Diese Einstellung war nicht vorherrschend. Man durfte einfach nicht klein beigeben, sondern musste auch mal auf die Hinterfüsse stehen. Schlussendlich hat man dann auch gemerkt, in welchen Bereichen man eher mal etwas hinterfragen konnte und wo man klein beigeben musste.

Passage 9: Beitritt zu einer Balintgruppe

Frau Kilchenmann ist als junge Assistenzärztin, auf Initiative einer Kollegin aus dem Ärztekollegium, einer Balintgruppe beigetreten. Psychiatriepolitik wurde in diesem Gefäss wenig betrieben, es stand mehr die Arzt-Therapeutenbeziehung im Mittelpunkt. Ihre kritische Sichtweise auf die Psychiatrie wurde erst in späteren Weiterbildungen geschärft, zum Beispiel im Rahmen der Therapiewochen in Lindau (DE).

F: Zu jener Zeit sind Sie einer Balintgruppe beigetreten. Was war da der Gedanke oder die Absicht dahinter?

A.K.: Die eine Kollegin, die mit mir Assistentin war, war auch Teil dieser Balintgruppe. Durch sie bin ich da reingekommen. In unserer Balintgruppe gab es nur Assistenzärzte der Psychiatrie und keine Allgemeinmediziner. Später sind dann mal zwei Allgemeinmediziner dazugestossen. Die Balintgruppe war sehr hilfreich, um den Umgang mit Patienten zu lernen. Das war für mich ganz wichtig als Unterstützung. Grad auch, weil therapeutische Aspekte den Chef nicht so wahnsinnig interessiert haben.

F: Und wie förderlich war die Balintgruppe, um einen etwas kritischen Blick auf die Psychiatrie zu entwickeln?

A.K.: Das war minim. Unsere Balintgruppe stellte vor allem die Patienten-Therapeuten-Beziehung in den Mittelpunkt. Das war eine konkrete Thematik. Das Umfeld der Psychiatrie stand weniger zur Diskussion. Mit diesen Bereichen befasste ich mich mehr in anderen Seminaren und Weiterbildungen, in Zürich und Bern. Meine eigene kritische Sicht habe ich mir vor allem selber erarbeitet. Erst 1979 oder 1980 war ich dann zum ersten Mal in Lindau.

Passage 10: Beurteilung der italienischen Antipsychiatriebewegung

Die Schliessung von psychiatrischen Anstalten in Italien wurde im Ärztekollegium nur vereinzelt diskutiert und es bestanden fixe Meinungen. Die Radikalität der italienischen Antipsychiatriebewegung wurde abgelehnt. Man sah nötige Reformen vielmehr in der Schaffung von Zwischen- und Übergangsform, als Angebote der Wiedereingliederung nach einem stationären Aufenthalt und dem Wiedereinstieg in das ambulante Setting. Frau Kilchenmann kannte offenbar keine Personen in ihrem Umfeld, die die Schliessung der psychiatrischen Anstalten in Italien begrüsst hätten. Auch in der Balintgruppe waren die Ereignisse in Italien nicht ausgiebig diskutiert worden.

F: Sagt Ihnen das Jahr 1978 etwas in Bezug auf die Psychiatriegeschichte?

A.K.: Nein. Wissen Sie mehr?

F: 1978 wurden in Italien die psychiatrischen Anstalten geschlossen. Da haben Sie gerade erst in Solothurn begonnen. Wie wurde dieses Ereignis dazumal aufgefasst?

A.K.: Man war natürlich der Meinung, dass die Italiener spinnen. Kam auch drauf an, wen man gefragt hat. Man wusste schon, dass Italien wahnsinnig viel Patienten interniert hatte. Das waren sehr grosse Kliniken in Italien. Man war der Ansicht, dass das ein sehr mutiges Experiment ist, merkte dann aber auch schnell, dass diese Leute wahr-

scheinlich auch einfach überfordert waren. In einem gewissen Mass war auch die Gesellschaft mit diesen Problemen überfordert. Man sah schnell, dass das eine zu radikale Lösung war und dass eher Zwischen- und Übergangslösungen gefragt wären. Das setzte Ernst Zoss auch [in der psychiatrischen Klinik Rosegg] um. Er gründete eine Art Tagesklinik in der Stadt [Solothurn] und initiierte Beschäftigungsgruppen, die unsere Oberärztin dann leitete. All diese Sachen waren gedacht als Übergang zwischen einem stationären Aufenthalt und der Wiedereingliederung in den Alltag. Dadurch hat sich Ernst Zoss auch Ansehen und Akzeptanz geschaffen. Solothurn galt bald als ziemlich fortschrittliche Psychiatrie.

F: Kamen diese Reformen als Antwort auf einen gewissen Druck, im Sinne, dass man gespürt hat, dass nicht mehr alle Beteiligten so zufrieden wie bis anhin waren?

A.K.: Das glaube ich schon, aber sicher auch dank Erkenntnissen, die man gewonnen hatte. Man merkte, dass es so nichts bringt. Die Antipsychiatrie äusserte eine gewisse Unzufriedenheit. Die extremen Haltungen und Ansichten haben die Psychiatrie doch auch in Bewegung gebracht, zum Beispiel [Thomas] Szasz, indem er sagte: „Wir spinnen doch alle.“

F: Sie haben vorher gesagt, dass die Meinung davon abhängig war, mit wem Sie über die Schliessung der italienischen Anstalten gesprochen hätten. Kannten Sie in Ihrem persönlichen Umfeld auch Personen, die die Entwicklung in Italien befürworteten?

A.K.: Also, dass man die Anstalten auf oder zugetan hat?

F: Dass man sie geschlossen hat.

A.K.: Nein. Personen mit einer solchen Ansicht hatte ich sicher nicht in meinem persönlichen Umfeld. Man sucht sich ja die Freunde selber aus.

F: Aber in ihrem professionellen Umfeld, in der Psychiatrie, unter den Assistenzärzten oder auch in der Balintgruppe, gab es niemanden, der die Schliessung der psychiatrischen Kliniken in Italien begrüsst?

A.K.: Nein, sicher nicht. Die haben sich gar nicht für solche Sachen interessiert.

Passage 11: Schweizer Antipsychiatriebewegungen

Frau Kilchenmann hat keine Kenntnis von schweizerischen Antipsychiatriebewegungen genommen. Gemäss ihren Erinnerungen entstand kein Aufruhr mit gesellschaftskritischen Wurzeln. Mögliche Neuausrichtungen wurden vielmehr unter Fachleuten disku-

tiert. Frau Kilchenmann relativiert aber auch, in dem sie zu Bedenken gibt, dass sie als Teil eines professionellen Umfelds gewissermassen einen Scheuklappenblick pflegte.

F: Haben Sie aus den Medien von Personen gehört, die in der Schweiz auf den Zug der Antipsychiatrie aufgesprungen wären?

A.K.: Das weiss ich nicht.

F: War denn die Antipsychiatrie in der Schweiz überhaupt kein Thema? War das nur ein Phänomen im Ausland?

A.K.: Doch, in Fachkreisen wurden die Ideen der Antipsychiatrie diskutiert, aber eine öffentliche Auseinandersetzung mit der Bewegung ist mir nicht bekannt. Da habe ich als Mitglied des psychiatrischen Fachbereiches einen gewissen Innenblickwinkel, da ich nur mit Personen diskutiert habe, die auch Teil von dieser Disziplin waren. Darum weiss ich nicht, wie die anderen Leute darüber gedacht haben.

F: Muss man dann annehmen, dass die öffentliche Diskussion nicht so gross war, wenn Sie eine solche nicht wahrgenommen haben?

A.K.: Es entstand sicher keine Aufruhr.

F: Eine solche Diskussion hätten Sie sicher mitbekommen.

A.K.: Ja, es war eher umgekehrt. Die ganze Dezentralisierung der Psychiatrie war für viele natürlich schon sehr gut, weil grad Münsingen und Waldau einen sehr schlechten Ruf hatten. Wenn man vom hintersten Oberland nach Münsingen in die Psychiatrie musste, dann war man weg vom Fenster. Dass man diese Klinik aufhob und dass man lokale Ambulatorien und psychiatrische Spitalbetten schuf, war natürlich für alle super gut. Zumindest von der Idee her, die Umsetzung war dann nicht ganz einfach. Das war schon viel besser als alle Patienten zusammen auf Münsingen zu bringen.

Passage 12: Bewertung des Facharzttitels

Frau Kilchenmann hat erst relativ spät ihren Facharzttitel abgelegt, offenbar weil zu Zeiten der 68er und in der Drogenberatungsstelle dem Titel nicht einen grossen Stellenwert beigemessen wurde.

F: Hatte das [der Aufenthalt in der internistischen und neurologischen Abteilung der Bernischen Höhenklinik Montana 1985] etwas zu tun mit dem Facharztstitel? In Ihrer Biografie konnte ich nie etwas über einen Facharztstitel lesen. Wann haben Sie einen solchen gemacht?

A.K.: Nein, die Ausbildung zum Facharzt war etwas anderes. Zu Zeiten der 68er und vor allem in der Drogenberatungsstelle [Contact, Bern] hat sich niemand für einen Facharzt[titel] interessiert.

c. Eigene Praxis 1988-2010

Passage 13: Gründung einer eigenen psychiatrischen Praxis 1988

Frau Kilchenmann hat 1988 die erste psychiatrische Praxis im Emmental eröffnet. Vor der Schaffung dieser ambulanten Versorgungsstätte wurden Patienten mit psychiatrischen Leiden oftmals stationär in der psychiatrischen Klinik in Münsingen aufgenommen. Frau Kilchenmann sieht ihre Praxis als niederschwelliges Angebot, als Möglichkeit zur Nachbetreuung und zur Begleitung von psychisch kranken Menschen in einem ambulanten Rahmen.

F: Wo wären diese zwei Patienten [die ersten zwei Patienten, die Frau Kilchenmann in ihrer Praxis behandelt hat] gelandet, bevor Sie ihre Praxis im Emmental eröffnet hatten?

A.K.: Die wären wahrscheinlich beide in der psychiatrischen Klinik gelandet. Einfach so.

F: Also in Münsingen?

A.K.: Ja.

F: Wären diese Patienten also direkt vom Hausarzt nach Münsingen eingeliefert worden?

A.K.: Ja, ganz sicher.

F: Haben Sie somit mit Ihrer Praxis der psychiatrischen Klinik Münsingen ein bisschen Arbeit abgenommen?

A.K.: Ja. Auf jeden Fall habe ich quasi eine Zwischenstelle zwischen dem Hausarzt und der psychiatrischen Klinik Münsingen geschaffen. Ich habe dann auch die Nachbetreuung von vielen Patienten übernommen, die in Münsingen ausgetreten sind.

F: Mit dem Ziel, dass sie ein etwas niederschwelligeres Angebot haben?

A.K.: Ja ganz sicher. Und einfach auch eine Weiterbetreuung. Ich kannte ja noch dieses anthroposophische Hausärzteehepaar aus den Studienzeiten, die mir regelmässig Patienten zugewiesen haben. Auf dessen Vorschlag bin ich auch ins Emmental gekommen. Ich war dann jedoch froh, dass ich meine Praxis nicht bei ihnen eröffnet habe, da sie zu fest im Dorf verankert waren und Teil der Bevölkerung waren.

F: War Ihnen die Distanz wichtig?

A.K.: Ja. Anders geht es fast nicht.

Passage 14: Zurückhaltung mit diagnostischer Klassifizierung

Auf das gängige Klassifikationssystem (ICD-10) psychischer Krankheiten angesprochen, schildert Frau Kilchenmann, dass sie sich als Kind der 68-er- und antipsychiatrischen Bewegung davor hütete, Menschen mit Diagnosecodes zu versehen, sondern vielmehr darauf bedacht war, die Umstände und Symptome zu beschreiben.

F: Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung [wie sie das ICD-10- System vorsieht) ist zum Beispiel doch recht happig zum Verdauen.

A.K.: Das sagt man den Leuten nicht. Das würde ich den Patienten nie sagen.

F: Aber es gibt ja zum Beispiel die Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Das kann man nicht verheimlichen.

A.K.: Das habe ich den Patienten aber nie kommuniziert. Vielleicht muss man in einem Gutachten mal so etwas schreiben, aber auch dort versuchte ich es zu vermeiden. Ich probierte immer die Umstände zu beschreiben und hütete mich davor, eine Diagnose einzusetzen. Das machte ich nicht. Da kann man nicht, wenn man antipsychiatrischer Zeitgenosse war.

Passage 15: Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen

Frau Kilchenmann sieht es als erfolgsversprechend an, wenn man psychiatrische Erkrankungen öffentlich macht. In vielen Familien würden psychiatrische Krankheitsbilder bei Angehörigen vertreten sein, welche durch das Totschweigen stigmatisiert wür-

den. Bei ihren Patienten konnte sie beobachten, dass anfänglich Schamgefühle aufgrund ihres Leidens vorherrschten. Vielfach seien die Patienten aber auch erleichtert gewesen, dass ihr Leiden endlich mal psychiatrisch betreut worden sei.

F: Wäre es nicht auch eine Möglichkeit, die Stigmatisierung zu verhindern, wenn man die Patienten in einem anonymen Umfeld betreut hätte und nicht in ihrer Wohnge-
meinde?

A.K.: Nein, weil die Antipsychiatrie sagte, man müsse die Erkrankung öffentlich machen und die Patienten sollen dazu stehen können. Das ist ja auch so geschehen. Wenn man nämlich mit den Menschen diskutiert, sagt bald mal jemand, dass sein Onkel oder seine Tante auch solche Probleme hatte. Das probierte ich den Patienten auch immer zu vermitteln, dass sie nicht alleine sind mit der Erkrankung und dass das nicht etwas Einmaliges ist. Ziemlich schnell findet man in der Familiengeschichte ähnliche Probleme. Gerade auch bei Suiziden hat man gesehen, dass Selbstmorde ein gewisse Familientradition haben. Die meisten Patienten wären wahrscheinlich erstaunt gewesen, wenn ich ihnen gesagt hätte, wer vom Dorf alles zu mir kommt.

F: Die Patienten hatten aber sicherlich Schamgefühle, wenn sie zu Ihnen in die Praxis mussten.

A.K.: Anfänglich sicher. Das war aber auch sehr abhängig von den Medizinern, die mir die Patienten zugewiesen haben. Viele Frauen mussten ihrem Hausarzt ziemlich deutlich sagen, dass sie mal zu mir kommen wollen, weil sie selber gemerkt haben, dass ihr Leiden nicht somatischer, sondern psychischer Natur ist.

5. Diskussion

Im Folgenden werden die im Kapitel 5 präsentierten und inhaltlich präzisierten Interviewpassagen diskutiert und kontextualisiert. Die Interviewpassagen wurden themenspezifisch geordnet, wodurch sich sechs Hauptthemenkomplexe herauskristallisiert haben.

a. Anna Kilchenmann als Person eines Zeitgeistes; Einordnung in eine Epoche

Für die Beantwortung meiner Forschungsfrage ist es von Bedeutung, eine Person als Zeitzeugin zu nutzen, die gewissermassen als Prototyp einer Zeit steht. Es muss eine Person sein, die sich für das Geschehen und die Ideen einer Epoche, in der sie lebte, interessierte und nicht völlig in ihrer eigenen, durch Überzeugungen geformten Welt verharnte. Die Aussagen der Zeitzeugin sind besser zu verstehen und zu kontextualisieren, wenn man die Umstände kennt, unter welchen die Person gelebt, oder in diesem konkreten Fall, studiert und gearbeitet hat.

Frau Dr. med. Anna Kilchenmann hat ihr Medizinstudium im Jahre 1969 an der Universität Bern aufgenommen. Ihr Studienbeginn liegt damit in einer Zeit der gesellschaftlichen Umstürze und der Neuorientierung, die mit den Studentenunruhen 1968 in vielen europäischen Städten initiiert wurden.

Die Antwort in **Passage 1** auf die Frage nach der Motivation ein Medizinstudium aufzunehmen, ist insofern von Bedeutung, da sie den Zeitgeist in den ausgehenden 60er-Jahren verdeutlicht. Frau Kilchenmann war viel mehr von einem Idealismus als von einem karriereorientierten Denken geprägt. Sie hatte die Absicht, etwas Gutes zu tun, der Menschheit zu helfen und nicht nur aus Prestigegründen den Weg eines Medizinstudiums einzuschlagen. Auch Jürg Willi sprach in seiner Abschlussvorlesung in Bezug auf die Laufbahn von Psychiatern von „einer kritischen bis ablehnenden Haltung gegenüber universitären Karrieren“.¹⁷

Ein spezieller Umstand der Zeit von Frau Kilchenmanns Studienbeginn ist die Diskrepanz zwischen politischer und gesellschaftlicher Einflussnahme der Frau.

Dieser kommt in **Passage 4** zur Sprache.

Während sie 1969 als volljährige Person noch der Urne fernbleiben musste, weil das allgemeine Stimm- und Wahlrecht auf nationaler Ebene erst 1971 eingeführt wurde, nahm sie als Medizinstudentin bereits eine wichtige gesellschaftliche Stellung ein. Frau Kilchenmann beschreibt sehr deutlich, gegen welche Widerstände sie anzukämpfen hatte, wie sie von Kommilitonen, aber auch praktizierenden Ärzten als Frau degradiert

¹⁷ Willi, 1991, S. 255-259.

wurde. Es ist also davon auszugehen, dass daraus ein höherer Grad an Selbstreflexion und kritischer Einstellung resultierte, als wenn man sich immer im Fahrwasser befindet. Eindrücklich ist, wie sie damals als Frau im Studium zu einer weiblichen Minderheit von ca. 10% gehörte und wie genaue Vorstellungen vorherrschten, was diese Frauen in der Ärzteschaft später für Aufgaben zu erledigen hatten. Wahrscheinlich ist ein Teil des Umdenkens jener Zeit den Frauen zu verdanken. Bis anhin war das ärztliche Tätigkeitsfeld vor allem von Männern geprägt. Durch die vermehrte Einflussnahme der Frau im medizinischen Studien- und Arbeitsalltag nahm auch ein neues und oft kritischeres Denken Einzug.

Frau Kilchenmanns Studienbeginn liegt kurz nach dem Start der studentischen Protestbewegungen. In **Passage 5** wird das Verhältnis von Frau Kilchenmann zur 68er-Bewegung deutlich. Wie eingangs in der Einleitung festgehalten, konnte in den 68er-Jahren in der Schweiz keine überregionale Protestbewegung entstehen, da im Vergleich zum Ausland relevante innenpolitische Konflikte fehlten. Der Protest blieb also lokal und auf Spezifisch-Thematisches begrenzt. Wie Frau Kilchenmann schildert, konzentrierte sich ihr Engagement und jenes ihrer Studienkollegen auf Universitätspolitik. Ihr Ruf nach mehr Mitbestimmung und Einflussnahme blieb auf die universitäre Organisation begrenzt, was in Anbetracht der Forderungen in den Nachbarländern als sehr verhalten einzustufen ist. Dies lag vermutlich daran, dass durch das politische System in der Schweiz schon ein hoher Grad an Mitgestaltungsmöglichkeiten gegeben war und sich somit grosse Bürgerproteste erübrigten.

Frau Kilchenmann hat ihren Facharztstitel erst Ende der 80er-Jahre abgelegt. In **Passage 12** erfährt man, warum, und es verdeutlicht das Denken der 68-er Generation. Titel zählten in der alternativ angehauchten Drogenarbeit nichts und waren für Teile der ehemaligen Protestbewegung wohl Ausdruck eines elitären, bürgerlichen Denkens, gegen welches sich die Hauptkritik wendete.

b. Anna Kilchenmanns Wahrnehmung der Kritik am psychiatrischen Fach

Passage 6 zeigt, dass Frau Kilchenmann während ihrer Studentenzeit in den ausgehenden 60er-Jahren keine psychiatriekritische Stimmen wahrgenommen hat. Sie bezeichnet den Enquete-Bericht von 1975 als einen Höhepunkt der antipsychiatrischen Bewegung. Dies ist insofern nicht ganz korrekt, als der Enquete-Bericht nicht als antipsychiatrisches Manifest zu verstehen ist, sondern als rechtsstaatliches Instrument, die deutsche Psychiatrie geordnet und durch Fachexperten zu reformieren. In Anbetracht der von Frau Kilchenmann gemachten Aussagen, ist nicht von einem grossen öffentlichen Unbehagen gegenüber der Psychiatrie in der Schweiz in den 68-er Jahren auszugehen. Es gab keine formierten Gruppen, die lautstark Kritik an der psychiatrischen Versorgung geäussert hätten, oder zumindest wurden diese nicht von der breiten Öffentlichkeit

wahrgenommen. Frau Kilchenmann sagt, dass reformatorische Gedanken im Unterschied zum Ausland in der Schweiz ihren Ursprung wohl eher im professionellen Milieu als in der Gesellschaft hatten. Sie spricht von Professoren, die Skizzen über die Dezentralisierung und Neugestaltung der Versorgungslandschaft gemacht hätten. Im Vergleich zum Ausland muss man aber festhalten, dass diese schweizerische Entwicklung der Reforminitiierung nicht einmalig ist. Betrachtet man Italien, war es Franco Basaglia, ein gestandener Psychiater, der Anstoss zum Umdenken gab. Auch in Deutschland waren es Fachpersonen, die Einzug in die Enquete-Kommission fanden und somit einen grossen Anteil zur Neuausrichtung beitrugen. Insofern passt das schweizerische Bild in den europäischen Kontext. Es waren nicht Laien, die Reformen angestossen haben, sondern professionelle Beteiligte des psychiatrischen Systems.

Passage 9 zeigt, dass kritische Stimmen an der Psychiatriepolitik auch innerhalb der Balintgruppe, einer Gruppe ansonsten sehr reflektierter Teilnehmer, wenig diskutiert wurden. Im Mittelpunkt stand mehr die Arzt-Patienten-Beziehung, mehr die kleinen als die grossen Zusammenhänge.

c. Anna Kilchenmanns Wahrnehmung der deutschen Psychiatriereformen

Dass sich Frau Kilchenmann schon früh für den kritischen Umgang mit dem Fach der Psychiatrie entschied, beweist **Passage 2**. Im Wahlstudienjahr hat die damals 27-Jährige ein Praktikum in einer von Horst- Eberhard Richter geprägten psychiatrischen Institution in Giessen absolviert. Durch die Lektüre seiner Bücher ist die junge Studentin auf den Pionier im Bereich der Sozialpsychiatrie aufmerksam geworden. Ihr Aufenthalt in Deutschland im Jahre 1975 fällt genau in das Jahr der Publikation des Enquete-Berichtes, bei dem auch Horst-Eberhard Richter mitgearbeitet hat. Es ist also davon auszugehen, dass die deutsche Psychiatrie damals noch eher einem vorreformatorischen Zustand entsprach. Frau Kilchenmann schildert aber die Zustände in der von ihr gewählten Institution als sehr fortschrittlich. Die dezentrale institutionelle Struktur mit sozial therapeutischen Behandlungsansätzen wie der Arbeitstherapie entsprach einem grossen Bedürfnis von Horst- Eberhard Richter.¹⁸ Frau Kilchenmann spricht in **Passage 2** von einer Übergangszeit der deutschen Psychiatrie, was sich dadurch erklären lässt, dass die theoretischen Überlegungen wohl bei der Arbeit der Enquete- Kommission getätigt wurden, die praktische Umsetzung aber in den Arbeitsalltag noch nicht vollumfänglich von Statten ging. Es musste, wie Frau Kilchenmann in **Passage 2** erläutert, oftmals experimentiert werden, wie sich die theoretisch formulierten Forderungen in die Praxis umsetzen liessen.

¹⁸ <http://www.dgpt.de/fileadmin/download/Mitteilungen/Nachruf-Richter-DGPT.pdf>, Wirth H. J.

d. Anna Kilchenmanns Wahrnehmung der italienischen Psychiatriereformen

In **Passage 10** wird deutlich, dass das Jahr der Schliessung der italienischen Psychiatrien Frau Kilchenmann nicht in prägender Erinnerung geblieben ist. Dem vielfach als fulminantesten Auswuchs der Antipsychiatriebewegung genannten, vom italienischen Senat verabschiedeten Gesetz 180, wurde im Umfeld von Frau Kilchenmann nur wenig Beachtung geschenkt. Sie spricht von „Italienern, die spinnen“ und von einem „mutigen Experiment“. Die Meinungen über den radikalen Entscheid des italienischen Gesetzgebers waren schnell gemacht. Ideen, eine ähnliche Richtung auch in der Schweiz einzuschlagen, waren Frau Kilchenmann nicht bekannt. Wie auch schon **Passage 9** gezeigt hat, interessierte sich das psychiatrisch professionelle Milieu gar nicht so sehr für die Psychiatriepolitik.

e. Anna Kilchenmanns Wahrnehmung der schweizerischen Psychiatriereformen

Passage 3 zeigt, dass Frau Kilchenmann auch die vorreformatorischen Zustände der Psychiatrie in der Schweiz erlebt hat. Sie hat somit einen direkten Vergleich zwischen den „alten“ und „neuen“ Zuständen, was insofern wichtig ist, als dass jemand, der nur die postreformatorischen Verhältnisse kennt, diese als gewissermassen selbstverständlich beurteilt, was zu einer unkritischen Haltung führen kann. Gemäss ihrer Aussage hat es während ihres Studiums noch keinen Wandel der Psychiatrie gegeben; dieser sei erst in den 70er- Jahren eingetreten. Sie spricht von einer „Entpsychiatisierung“, einen Begriff den es so in der Fachliteratur nicht gibt, aber im Kontext als „Dezentralisierung“ zu verstehen ist. Wie Frau Kilchenmann schildert, wurde zur Zeit ihres Studiums der ganze Kanton Bern durch zwei psychiatrische Institutionen versorgt. Die Verminderung der stationären Patienten und der Aufbau eines sozialpsychiatrischen Netzes mit gemeindenaher Versorgung waren wichtige Forderungen der reformatorischen Bewegungen in Europa. Während die bis ins Jahr 1967 lautende „Heil- und Pflegeanstalt Waldau“ 1940 noch 1100 stationäre Patienten zählte, sind es heute noch 383 Patienten in den „Universitären Psychiatrischen Diensten“.¹⁹ Die Aussage von Frau Kilchenmann, die Psychiatrie im Kanton Bern hätte sich erst in den 70er- Jahren geändert, ist insofern nicht ganz korrekt, als dass mit der Entdeckung der Psychopharmaka in den 50er- Jahren bereits eine neue Ära angebrochen war. Auch die Umbenennung der Klinik Wald-

¹⁹http://www.zslschweiz.ch/z_alteseite/Archiv/Texte/150%20Jahre%20Berner%20Psychiatrie.htm, Müller C.

au 1967 war ein Zeichen der Findung eines neuen Selbstbildes und stellte somit einen Teil eines Modernisierungsprozesses dar.²⁰

In **Passage 7** beschreibt Frau Kilchenmann die Zustände der Psychiatrie in der Rosegg in Solothurn, wo sie ihre erste Assistenzärztinnenstelle angetreten hat. Eine Öffnung der Institution und ein Abrücken von der klassischen Anstaltspsychiatrie sind insofern zu beobachten, als dass die Umgebungsmauern damals bereits abgebrochen waren. Es herrschte also nicht mehr das lange vorherrschende Konzept der Psychiatrie mit der Idee der Wegsperrung von „Irren“ und „Geistesverwirrten“, sondern es entstand ein therapeutischer Ansatz. Dass dieser therapeutische Ansatz aber nicht für alle Patienten gleichermassen galt, zeigt die Tatsache, dass chronisch kranke und geistig behinderte Patienten in separaten, älteren und schlechter eingerichteten Häusern untergebracht wurden. Es wurde also anscheinend noch immer zwischen Patienten mit Aussicht auf Heilung und Pflegepatienten unterschieden.

In **Passage 8** erfährt man, welche therapeutischen Ambitionen in der psychiatrischen Klinik Rosegg in den Jahren 1978 bis 1980 gehegt wurden. Gemäss Frau Kilchenmann bestanden bereits Angebote im Bereich der Arbeits- und Ergotherapie. Dies vermittelt das Bild einer schon sehr weit modernisierten Psychiatrie mit einem multimodalen Ansatz, und das nur ein paar wenige Jahre nach der die europäische Psychiatrie so prägenden Psychiatrieenquete. Sowohl Passage 7 wie auch 8 zeigen, dass das Behandlungskonzept nicht für alle Patienten gleich weit ausgebaut war. Passage 8 ist ebenfalls interessant, da die neu aufgekommenen antipsychotischen Mittel der 60er- und 70er-Jahre thematisiert werden. Offenbar pflegte der ärztliche Nachwuchs einen weitaus kritischeren Umgang mit der Medikation von Patienten. Antipsychotische Mittel waren vor allem bei Oberärzten und Pflegern hoch im Kurs. Die Tatsache, dass vor allem junge Assistenzärzte eine eher ablehnende Haltung gegenüber einer grosszügigen Medikation pflegten, unterstreicht den Zeitgeist, in welchem dieser Nachwuchs sozialisiert wurde.

Gemäss Frau Kilchenmanns Einschätzung entstand in der Schweiz keine antipsychiatri-sche Bürgerbewegung. Wie eingangs geschildert, fehlte es in der Schweiz an innenpoli-tischem Konfliktpotential, damit sich Bürgerbewegungen formiert hätten. Es entstand keine organisierte Gesellschaftskritik, und wenn doch, dann blieb sie auf das Lokalpoli-tische begrenzt. In **Passage 11** sagt Frau Kilchenmann, dass sie keinen Aufruhr in der Bevölkerung mit Kritik an der Psychiatrie wahrgenommen hat, die Einzug in die öffent-liche Diskussion gefunden hätte. Reformen wären von Fachkreisen angedacht worden, soziale Gruppierungen hätten keine grosse Rolle gespielt.

²⁰ https://www.soziale-arbeit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/users/wan1/Geschichte_Sozialdienst_UPD_Bern_2005.pdf, Wyssen- Kaufmann N.

f. Auswirkungen der Psychiatriekritik auf Anna Kilchenmanns persönliche Karriere

Frau Kilchenmann wurde als Person von den grossen Psychiatriereformen der Nachkriegsjahrzehnten geprägt. Der kritische Umgang mit dem Fach hat auch den Verlauf ihrer Karriere bestimmt. So hat sie 1988 die erste psychiatrische Praxis im Emmental überhaupt eröffnet. Damit hat Frau Kilchenmann ein ambulantes, gemeindenahes Angebot an psychiatrischer Betreuung ermöglicht. Dies war einer der Hauptpunkte und Forderungen aller Psychiatriereformen der 1970er- und 1980er Jahre. **Passage 13** zeigt auf, was sich durch die Eröffnung einer Praxis im Emmental geändert hat. Patienten, die bis anhin stationär in Münsingen aufgenommen wurden, erhielten die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung in der Nähe ihres gewohnten Umfelds. Auch die Nachbetreuung von Patienten nach einer Hospitalisation gewann an Bedeutung. Frau Kilchenmann hat ein wichtiges Kernanliegen der Psychiatrieenquete im Kleinen verwirklicht und gelebt.

Passage 14 verdeutlicht, dass sich Frau Kilchenmann als Vertreterin einer Zeitepoche sieht. Auf die Frage nach der Codierung von psychiatrischen Erkrankungen, im Speziellen von Persönlichkeitsstörungen, antwortet Frau Kilchenmann, dass man das als antipsychiatrischer Zeitgenosse nicht machen kann. Sie hat anscheinend den Anspruch, Ideen und Forderungen der Antipsychiatrie in ihren professionellen Arbeitsalltag zu implementieren. Sie sieht sich als Teil einer in den 1968er-Jahren aufgekommenen Überzeugung.

Auch **Passage 15** zeigt, wie Frau Kilchenmann Ideen und Anliegen der antipsychiatrischen Bewegung nach deren Höhepunkt weiterpflegte. Als Psychiaterin wirkte Frau Kilchenmann über längere Zeit in einem ländlichen Milieu. Es ist anzunehmen, dass vor allem in konservativen bäuerlichen Regionen psychiatrische Erkrankungen oftmals tabuisiert wurden. Frau Kilchenmann ist der Überzeugung, dass psychiatrische Erkrankungen in der Öffentlichkeit diskutiert werden müssen. Dadurch käme es zu einem besseren Verständnis und zu einem erfolgversprechenderen Umgang mit diesen Krankheiten. Die Akzeptanz von psychiatrischen Leiden und die Gleichstellung von psychiatrischen und somatischen Erkrankungen waren wichtige Kernanliegen der Psychiatrieenquete von 1975.

6. Literaturverzeichnis

Burian W.: Geschichte des Konflikts: Marxismus und Psychoanalyse. Einleitung; aus Sexualität, Natur, Gesellschaft Eine psycho-politische Biographie Wilhelm Reichs Freiburg, 1985, S. 7 – 22. Online: http://www.ca-ira.net/verlag/leseproben/pdf/burian-sexualitaet_lp-einleitung.pdf (Abruf 17.10.2016).

Brückner B. : Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie, Köln 2010.

Dörner K.: Der Geist von Rodewisch, in: Soziale Psychiatrie 02/2014. S. 16-17. Online: http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Artikel_Soziale_Psychiatrie/Der_Geist_von_Rodewisch_K_Doerner_.pdf (Abruf 10.10.2016).

Frick F., Koller C.: «Die Bewegung kam spät in der Schweiz an», Online: <http://www.lappi.ch/aktuell/8-artikel/406-die-bewegung-kam-spaet-in-der-schweiz-an> (Abruf 10.10.2016).

Hussy W.: Sozialwissenschaftlicher Methoden und Methodologie, Veranstaltung 4, Online: https://www.uni-due.de/imperia/md/content/dokforum/methoden_iii.pdf (Abruf 31.10.2016)

Müller C.: Gut wäre es, die Waldau zu schliessen, Online: http://www.zslschweiz.ch/z_alteseite/Archiv/Texte/150%20Jahre%20Berner%20Psychiatrie.htm (Abruf 31.10.2016)

Schallberger P./ Schwendener A.: Kurs: Einführung in die Qualitative Sozialforschung, Online: <http://www.peterschallberger.ch/downloads/downloads-2/files/SkriptQualitForschungHS13.pdf> (Abruf 31.10.2016).

Schott H./ Tölle R. : Geschichte der Psychiatrie, München 2006.

Terhoeven P.: Italien, Blicke; Neue Perspektiven der italienischen Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts, Göttingen 2010.

Willi J.: Schweizer Psychiatrie: woher – wohin?, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 150, 5/1999, S. 255-259.

Wirth H.J.: Horst-Eberhard Richter – ein Leben als psychoanalytischer Aufklärer, Online: <http://www.dgpt.de/fileadmin/download/Mitteilungen/Nachruf-Richter-DGPT.pdf> (Abruf: 31.10.2016)

Wyssen- Kaufmann N.: Geschichte der Sozialarbeit in der Waldau (UPD), Online: https://www.soziale-arbeit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/users/wan1/Geschichte_Sozialdienst_UPD_Bern_2005.pdf (Abruf 31.10.2016)

7. Anhang 1: Lebenslauf von Anna Kilchenmann und Fotografie

Abbildung 1: Lebenslauf von Dr. med. Anna Kilchenmann, verfasst Ende März 2011

Lebenslauf von Dr. med. Anna Kilchenmann, Konolfingen

Geboren am 15. Febr. 1949 in Solothurn. Mein Vater war Forstingenieur ETH im Staatsdienst, die Mutter hatte in Zürich die Schule für Sozialarbeit gemacht und war überzeugte Frauenrechtlerin. Der Karriere meines Vaters folgend zogen wir 1955 nach Unterseen, 1959 nach Frutigen und 1966 nach Bern. Schon 1965 zog ich nach Bern zu einer Tante und besuchte das Kantonale Gymnasium Kirchenfeld. 1969 legte ich die Matura Typus B ab.

1969 begann ich das Medizinstudium in Bern. Einmal machte ich 6 Monate Studienunterbruch, wovon ich 3 Monate in Indien verbrachte. 1976 absolvierte ich ein Praktikum in einer fortschrittlichen psychiatrischen Klinik in Giessen (Prof. Horst Eberhard Richter). Staatsexamen 1977.

1978 bis Frühjahr 1980 arbeitete ich in der Psychiatrischen Klinik Rosegg in Solothurn, unter einem stark sozialpsychiatrisch ausgerichteten Chef (Dr. Ernst Zoss), wo viele Experimente möglich waren. 1978 - 1983 Teilnahme in einer Balintgruppe unter einem Analytiker, zusammen mit anderen Psychiatern. 1980 Wechsel nach Bern in die Drogenberatungsstelle Contact, eine recht grosse und ziemlich alternativ geführte Institution mit „Gassennähe“. In dieser Zeit zwei Jahre lang Selbsterfahrung in einer Gruppentherapie. 1982 kaufte ich mit meinem Partner (Historiker, Dozent an der Uni Bern) und zwei anderen Parteien auf dem Lande (Ursellen, Gde. Konolfingen) ein altes Dreifamilienhaus, seitdem wohne ich dort und widmete mich in meiner Freizeit vor allem dem grossem Garten. Im Frühjahr 1984 beendete ich meine Arbeit im Contact und war in den folgenden Monaten zum Teil auf Reisen (2 Monate in der Türkei). 1985 weilte ich ein Jahr in der Bernischen Höhenklinik Montana, zuerst 6 Monate auf der medizinischen Abteilung, hernach auf der neurologischen. 1986 machte ich erneut ein Freijahr und schrieb meine Dissertation zum Thema „Copingstrategien bei Paaren mit einem MS-kranken Partner“. Promotion zum Dr. med. 1988. 1987 ging ich nach Interlaken in das dortige psychiatrische Ambulatorium und begann eine berufsbegleitende Ausbildung in Paar- und Familientherapie bei Carol Gammer in Zürich. Im übrigen besuchte ich von 1987 - 1991 viele verschiedene Seminare, bis 2006 nahm ich vor allem immer wieder an den Lindauer Therapiewochen teil.

1988 eröffnete ich meine Praxis in Langnau im Emmental, wo ich ein Kollegenpaar aus meiner Studienzeit kannte. Bis 1998 war ich dort die einzige Psychiaterin, dann eröffnete ein Kinderpsychiater, der aber auch viele Erwachsene behandelte, eine Praxis. Ich arbeitete vor allem mit der Psychiatrischen Klinik Münsingen und dem Psychiatriststützpunkt Burgdorf zusammen, in letzterem besuchte ich auch Weiterbildungsveranstaltungen. Von 2005 - 2010 teilte eine Psychologin mit mir die Praxis. Ich arbeitete seit Beginn jeweils an drei, in den letzten beiden Jahren noch an zwei Tagen in der Woche. Gleich zu Beginn, 1988, gründete ich mit den sozialen Beratungsstellen in Langnau einen „Club“ zwecks Informationsaustausch und Zusammenarbeit, der sich dann in der Folge zu einem eigentlichen „Sozialforum“ entwickelte und immer noch besteht. 2003/04 entstand in Langnau ein Zweigambulatorium des Psychiatriststützpunktes Burgdorf, das dann stark ausgebaut wurde und mein Patientenspektrum veränderte. Das Einzugsgebiet umfasste nicht nur das Oberemmental, sondern auch das benachbarte obere Entlebuch.

Ursellen, Ende März 2011

Abbildung 2: Anna Kilchenmann, Februar 1985, Montana



8. Anhang 2: Vereinbarung mit Anna Kilchenmann

Vereinbarung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten im Rahmen einer Masterarbeit

Masterarbeitstitel: Ambivalente Identität einer Psychiaterin (Arbeitstitel)
Betreuung: Frau Prof. Dr. med. Iris Ritzmann
Verfasser: Herr B Med Raphael Kaufmann
Quellenerhebung: Leitfadeninterview
Quellenauswertung: analytische Auswertung
Einreichung: Januar 2017

- Die Interviews finden zwischen August 2015 und August 2016 statt.
- Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, teilweise in Schriftform gebracht und Frau Kilchenmann vorgelegt.
- Die Verantwortlichen tragen dafür Sorge, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt werden und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet werden.
- Frau Anna Kilchenmann hat das Recht, vor der Auswertung Passagen aus dem Interviewtranskript zu streichen oder Kommentare anzufügen.
- Die analytische Auswertung der Interviewdaten wird nach Abgabe im Januar 2017 und Annahme in Form einer Masterarbeit publiziert.
- Die Masterarbeit wird gemäss den Richtlinien der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich erstellt.

Frau Anna Kilchenmann und Herr Raphael Kaufmann vereinbaren hiermit die Eckwerte der Masterarbeit „Ambivalente Identität einer Psychiaterin“ und den damit verbundenen Interviews.

Zürich, 2.7.15, R. Kaufmann
Ort, Datum, Unterschrift

Raphael Kaufmann
Hauptstrasse 2
8363 Bichelsee

3.7.2015 A. Kilchenmann
Ort, Datum, Unterschrift

Anna Kilchenmann
Leimgrubenstrasse 51
3510 Konolfingen

9. Lebenslauf

Kaufmann, Raphael Jonas
männlich
26.09.1991
von Arni (AG)

Ausbildung:

Primarschule Traber, Bichelsee (TG)
August 1998 bis August 2004

Sekundarschule Lützelburg, Bichelsee- Balterswil (TG)
August 2004 bis August 2006

Kantonsschule Wil, Wil (SG)
August 2006 bis August 2010, Matura mit Schwerpunkt Wirtschaft und Recht

Universität Fribourg
September 2011 bis September 2014, Bachelor der Humanmedizin

Universität Zürich
September 2014 bis September 2017, Masterstudiengang Humanmedizin

10. Erklärung

Masterarbeit

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der von mir im Rahmen des Studiengangs Master of Medicine (M Med) eingereichten schriftlichen Arbeit mit dem Titel

**Auswirkungen europäischer Psychiatriereformen in den
Nachkriegsjahrzehnten auf die psychiatrische Alltagsarbeit in der Schweiz
am Beispiel der Erfahrungen von Frau Dr. med. Anna Kilchenmann**

um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie *in eigenen Worten* verfasste Masterarbeit* handelt.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganzes oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der Universität Zürich oder an einer anderen Universität oder Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist.

Verwendung von Quellen

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich *sämtliche* in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich *ausnahmslos* und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

Sanktionen

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbstständigkeitserklärung verletzen – insbesondere solche, die Zitate oder Paraphrasen ohne Herkunftsangaben enthalten –, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen können (gemäss §§ 7ff der Disziplinarordnung der Universität Zürich sowie §§ 51ff der Rahmenverordnung für das Studium in den Bachelor- und Master-Studiengängen an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Datum:

Name: Kaufmann

Vorname: Raphael

Unterschrift:.....

* Falls die Masterarbeit eine Publikation enthält, bei der ich Erst- oder Koautor/-in bin, wird meine eigene Arbeitsleistung im Begleittext detailliert und strukturiert beschrieben.